العدالة الصحية فى مصر: التحديات وسبل المواجهة

حسناء سلامة أحمد*

تهدف هذه الورقة البحثية إلى التعرف على العدالة الصحية ومحدداتها وكذلك فجوات العدالة الصحية فى المجتمع المصرى من خلال تحليل أهم المؤشرات الصحية ورصد التفاوتات وعدم المساواة فى النتائج الصحية، تلك التى تشكل قضايا جوهرية فى مجال الإنصاف وحقوق الإنسان وتحقيق التنمية المستدامة. كما تعرض التحديات التى تواجه النظام الصحى المصرى والجهود التى تبذلها الدولة للعمل على الحد من هذه التفاوتات وتعزيز العدالة الصحية.

الكلمات المفتاحية: العدالة الصحية– التفاوتات الصحية– التأمين الصحى الشامل– المؤشرات الصحية.

مقدمة

تعد الصحة هدفًا محوريًا للتنمية وأداة لتوسيع نتائج الرفاهة الأخرى، وقد أوضح عالم الاقتصاد "**آمارتيا سن**" أن الصحة عنصر جوهرى للطاقات البشرية المطلوبة للتنمية، فالحصول على الرعاية الصحية باعتبارها أحد التدابير الاجتماعية الأساسية للتنمية، يسهم فى زيادة إجمالى الناتج القومى، ويعمل على التوسع فى القدرات البشرية ونوعية الحياة، مما يمكن الكتلة الغالبة من المواطنين أن تشارك مباشرة فى عملية التنمية(١). كما يرتبط مستوى صحة الفرد بشكل كبير بمستوى إنتاجيته ومن ثم أجره فى سوق العمل، وفرص حصوله على العمل اللائق؛ فالأفراد الذين يعانون مشكلات صحية (جسدية أو عقلية أو نفسية) أكثر عرضة للتعطل عن العمل، وغالبا ما تكون فرص العمل المتاحة لهم غير لائقة أو فى ظروف غير ملائمة، وتكون إنتاجية هؤلاء الأفراد أقل، ومعدلات تغيبهم عن العمل أعلى، مما يجعل قدرتهم على الكسب محدودة مقارنة بنظرائهم من الأشخاص الذين يتمتعون بصحة جيدة(٢).

تشير الأدبيات إلى أنه يجب النظر إلى الصحة على أنها مسألة حق للمواطنين وواجب من واجبات القطاع العام وليست سلعة يمكن الاتجار بها. وعليه يجب توزيع الموارد المخصصة

*باحث دكتوراه، بقسم علم الاجتماع كلية الآداب جامعة حلوان.

للمجال الصحى توزيعًا منصفًا على الجميع. وقد أثبتت الخبرات الدولية أن استخدام السلع الاجتماعية الحيوية كالتعليم والرعاية الصحية فى الأغراض التجارية يؤدى إلى الظلم أو التفاوت الصارخ فى النتائج الصحية. لذلك يجب أن يتحكم القطاع العام فى توفير هذه السلع الاجتماعية الحيوية عوضاً عن ترك شأنها للأسواق[٣]. حيث يجب أن تلبى الرعاية الصحية احتياجات المواطنين، وينبغى أن تفهم الرعاية الصحية بالمعنى الواسع الموازى لفكرة الرفاهة الإيجابية[٤]. ولأهمية الصحة كمحدد أساسى للتنمية، تحتل مخرجات النظم الصحية المؤشرات الأهم (مثل معدلات وفيات الأمهات والحوامل، معدل وفيات الرضع والأطفال ومعدلات سنوات العمر المعاشة) فى مؤشرات التنمية البشرية إلى جانب مؤشرات إتاحة مياه الشرب وغيرها مما يجعل الصحة مقياسا حيويا لضمان الحق فى التنمية والعدالة الاجتماعية [٥].

وفى هذا الإطار اعتمدت جميع الدول الأعضاء فى الأمم المتحدة أهداف التنمية المستدامة، وجاء الهدف الثالث منها للتأكيد على "ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبرفاهية فى جميع الأعمار"ويترابط هذا الهدف بالهدف الأول وهو القضاء على الفقر والهدف الثانى القضاء على الجوع[٦]. حيث يتعرض الملايين سنويا للوقوع فى دائرة الفقر بسبب النفقات الكارثية التى يتم إنفاقها من الجيب على المرض، لذلك يأتى هدف ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية مرتبطًا بكسر دائرة الفقر وتوفير الحماية المالية للحد من النفقات الكارثية. واتساقا مع الأهداف العالمية للتنمية المستدامة، وضعت الدولة المصرية إستراتيجية التنمية المستدامة لمصر ٢٠٣٠ ، لهذا تنبع أهمية العمل على تحقيق العدالة الصحية وتعزيزها فى المجتمع المصرى لأنها تمثل استحقاقا دستوريا للمواطنين، وتحقيقا لما جاء فى ورؤية مصر ٢٠٣٠، وقبل ذلك هى حق إنسانى أكدته جميع المواثيق والاتفاقات الدولية لحقوق الإنسان.

أولًا: العدالة الصحية ومحدداتها والمفاهيم ذات الصلة

لا ينفصل مفهوم العدالة الصحية عن العدالة الاجتماعية إذ ينبعان من ذات المصدر ويتداخلان فى ذات السياق، ويواجهان ذات الإشكالات. ويعتمد هذا البحث على مفهوم منظمة الصحة العالمية للعدالة الصحية والصحة. وذلك انطلاقا من مفهوم الصحة والحق فى الصحة، ثم تعريف العدالة الصحية والمحددات الاجتماعية.

١- مفهوم الصحة

تعرفها **منظمة الصحة العالمية** بأنها "حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد انعدام المرض أو العجز"[٧] وفى هذا التعريف أكدت منظمة الصحة العمل على كل الجوانب التى تسهم فى تعزيز صحة الإنسان سواء الاجتماعية أو النفسية أو الجسدية.

الحق فى الصحة: جاءت المواثيق العالمية مثل الإعلان العالمى لحقوق الإنسان والاتفاقيات الدولية كالعهد الدولى للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وغيرها من المواثيق للتأكيد على حق الإنسان فى التمتع بأعلى مستوى من الصحة وما يتصل بذلك من حقوق وما يستوجب من توفير خدمات الرعاية الصحية والطبية؛ حيث شكلت تلك المواثيق والاتفاقيات التزاما دوليًا ومحليًا بشأن دعم وتعزيز الحق فى الصحة الذى تنطلق منه كافة السياسات التى تستهدف تحقيق العدالة الصحية، فالصحة تطلع إنسانى عالمى وجزء من حقوق الإنسان الأساسية ويمكن الحكم على تقدم المجتمع بنوعية صحة مواطنيه، ومدى عدالة توزيع الخدمات والمساواة فى النتائج الصحية فى أنحاء المجتمع المختلفة، ودرجة الحماية من التهميش نتيجة لسوء الصحة.

فالحق فى الصحة هو حق اجتماعى أساسى وفقا للمادة (١٢) من العهد الدولى للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والتى تنص على "حق كل إنسان فى التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه" حيث يعنى الاهتمام بكل من الصحة البدنية والعقلية، بما فى ذلك التنمية الصحية للمواليد والأطفال وتدابير الصحة العامة لتعزيز الصحة البيئية ومنع الأوبئة والأمراض المستوطنة وغيرها من الأمراض"[٨].

٢- العدالة الصحية

تنطلق العدالة الصحية إلى حد كبير من إطار حقوقى بالإضافة إلى الفلسفات والنظريات المختلفة التى تناولت العدالة الاجتماعية، وذلك فى إطار تتداخل وتتشابك فيه السياسات الصحية والصحة العامة والمحددات الاجتماعية للصحة.

تعرف العدالة الصحية بأنها "يجب أن يكون لكل المناطق وكل الأفراد من ذوى الدخول المختلفة نصيبًا عادل فى الحصول على الخدمة الصحية وبدرجة عالية من الجودة"[٩].

تعرفها **منظمة الصحة العالمية (WHO)** بأنها "عدم وجود فروق يمكن تجنبها أو علاجها بين مجموعات من الناس، سواء تم تحديد هذه المجموعات اجتماعيًا أو بيئيًا أو ديموغرافيًا أو

جغرافيًا أو من خلال أبعاد أخرى لعدم المساواة (مثل النوع أو العرق أو الإعاقة أو التوجه الجنسى" [١٠]. وهو ما يعنى العمل على المحددات الاجتماعية للصحة وغيرها من المحددات التى تشكل السبب الجذرى لعدم المساواة فى الصحة، لتحسين صحة المجتمع والحد من التفاوتات والفجوات الصحية بين الفئات والشرائح الاجتماعية المختلفة، فالعدالة الصحية تشكل إطارًا للعمل من أجل معالجة كل المحددات التى تتسبب فى عدم المساواة.

العدالة الصحية هى "إعطاء كل فرد فرصة عادلة فى التمتع بمستوى جيد من الصحة ، والحد من التفاوتات الصحية ومحدداتها التى تؤثر سلباً على الفئات المستبعدة أو المهمشة"[١١].

وفى هذا الإطار يؤكد "**جون رولز**" على توزيع الرعاية الصحية بحسب الحاجة إليها، وفى هذه الحالة يجب أن ينال الأفقر من الناحية الصحية، العناية الصحية العظمى، فالذين يعيشون مثلا فى منطقة مصابة بالملاريا، يحتاجون إلى موارد ونفقات صحية أكبر من الذين يعيشون فى مجتمع سليم، لكى يصل هؤلاء إلى المستوى ذاته من الصحة فالاهتمام بالصحة وتوفير الحياة الصحية الجيدة تمكن المواطنين من استئناف حياتهم العادية كأعضاء فى المجتمع [١٢].

ولتحقيق العدالة الصحية يجب العمل على العوامل التى تؤدى إلى **عدم المساواة فى الصحة** والتى تعرف بأنها "اختلافات وتباينات غير عادلة فى الصحة يمكن تجنبها" فالأمثلة على التفاوت الصحى المستمر بين البلدان وداخلها فى العديد من الحالات الصحية كثيرة، حيث لا تزال هناك فروق فى متوسط العمر المتوقع تصل إلى ٣٠ عامًا بين البلدان ذات الدخل الأعلى والأدنى. تلك العوامل التى تؤثر على المحرومين أو المهمشين الذين يعانون عدم مساواة لتحقيق إمكاناتهم الصحية، فالأشخاص الذين يعيشون فى أسر منخفضة الدخل ومساكن لا يتحقق فيها الحد الأدنى من الملاءمة الصحية، وأحياء تفتقر إلى المرافق الاجتماعية، تؤثر على صحتهم. فأوجه عدم المساواة الصحية لا تنتج عن قصور أو فشل النظم الصحية فحسب، بل تمتد لتشمل التفاوت فى الدخل، ومدى توافر الحد الأدنى من الحماية الاجتماعية، وسياسات التعليم....وغيرها[١٣].

٣- المحددات الاجتماعية للصحة

تعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها "المحددات والظروف الهيكلية لطريقة المعيشة اليومية المسؤولة عن شق رئيس من التباينات والتفاوتات الصحية بين البلدان وفى داخل كل بلد". وتشمل هذه المحددات:

- طريقة توزيع السلطة.
- مستوى الدخل.
- ظروف معيشة الناس مثل مدى إتاحة خدمات الرعاية الصحية والمدارس والتعليم لهم.
- ظروف العمل والترفيه.
- حالة الإسكان والبيئة[١٤].

وتعد هذه **المحددات اختزالًا للسياقات والعوامل الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والبيئية والثقافية** التى لها عظيم الأثر على الحالة الصحية، وتسهم إلى حد كبير فى تشكيل النتائج الصحية.

ثانياً: النظام الصحى المصرى

يعد النظام الصحى المصرى أداة الدولة فى بناء وتنفيذ السياسات الصحية التى تستهدف الارتقاء بصحة المواطنين وتحقيق العدالة الصحية ، كما كان للظروف والسياقات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية أثر، ليس فقط على تحديد كمية وجودة الرعاية الصحية المقدمة، وإنما أيضاً على توجه النظام الصحى والسياسات الصحية التى يتبناها. وتهدف السياسة الصحية للدولة إلى تقديم الخدمات الصحية للمواطنين، وذلك عن طريق ضمان جودة الخدمات الصحية، وبخاصة خدمات الأمومة والطفولة وتنشيط برنامج تنظيم الأسرة وتوفير متطلبات العلاج والوقاية والتصدى لمشكلة النمو السكانى السريع، فضلا عن التوسع التدريجى فى التأمين الصحى ودخول فئات جديدة تحت مظلته تمهيدا للتغطية الصحية الشاملة فى إطار قانون موحد للتأمين الصحى[١٥].

ويعود التزام الدولة المصرية تاريخيا فى تقديم الرعاية الصحية للمواطنين واعتبارها ضمن قائمة الالتزامات السياسية إلى بداية مصر الحديثة وتحديدا مع قيام مشروع محمد على وذلك بغرض عسكرى فى المقام الأول هادفا لحماية الجنود من الأمراض والأوبئة، وقد بدأ ذلك بإنشاء المجلس الصحى عام ١٨٢٥، ثم إنشاء إدارة الخدمات الطبية فى الجيش والبحرية، ثم إنشاء مجلس للصحة فى عام ١٨٣١ وأعقبه مجلس للطب الخصوصى عام ١٨٥٦، أما إدراج الصحة كواحدة من المرافق التابعة للسياسة العامة للدولة فلم يتحقق إلا عام ١٩٣٦، وأنشئت أول نظارة للصحة العمومية وذلك بموجب مرسوم ملكى يحدد اختصاصها، وبالنسبة للمستشفيات العامة فيما عدا

مستشفى قليوب وإسنا لم يكن بالقطر المصرى حتى عام ١٩٢٢ سوى مستشفى عمومى واحد فى بندر كل مديرية وقد توالى إنشاء المستشفيات بالمديريات، ثم إنشاء مكاتب للصحة عام

ويدار النظام الصحى المصرى مركزيا من خلال وزارة الصحة ، ومر النظام الصحى فى تطوره بعدة مراحل شكلتها العديد من المحددات والسياقات، منها استقلال الدولة المصرية ثم التحول من الملكية إلى الجمهورية بعد ثورة يوليو١٩٥٢ وقد كانت الدولة تتحمل بشكل كامل كل أنواع الرعاية الصحية، ثم مرحلة الانفتاح الاقتصادى بعد حرب أكتوبر المجيدة، ثم مرحلة ما بعد ثورة ٢٥ يناير٢٠١١ – ٣٠ يونيو٢٠١٣ والسياسات التى تم اتخاذها بعد دستور ٢٠١٤ وحتى الآن، ويتكون النظام الصحى من الآتى:

أ- قطاع الدولة: تقدم الخدمات الصحية عن طريق الحكومة، من خلال المؤسسات الصحية الحكومية والتى تمول من وزارة المالية، وتشمل وزارات: الصحة بهيئاتها ومنظماتها، والتعليم العالى بمستشفياتها، والنقل والمواصلات، والكهرباء، والزراعة، والصناعة، والدفاع، والداخلية وغيرها، ويسمح لتلك المؤسسات الصحية بتقديم الخدمة مقابل أجر رمزى فى بعض الأقسام الاقتصادية.

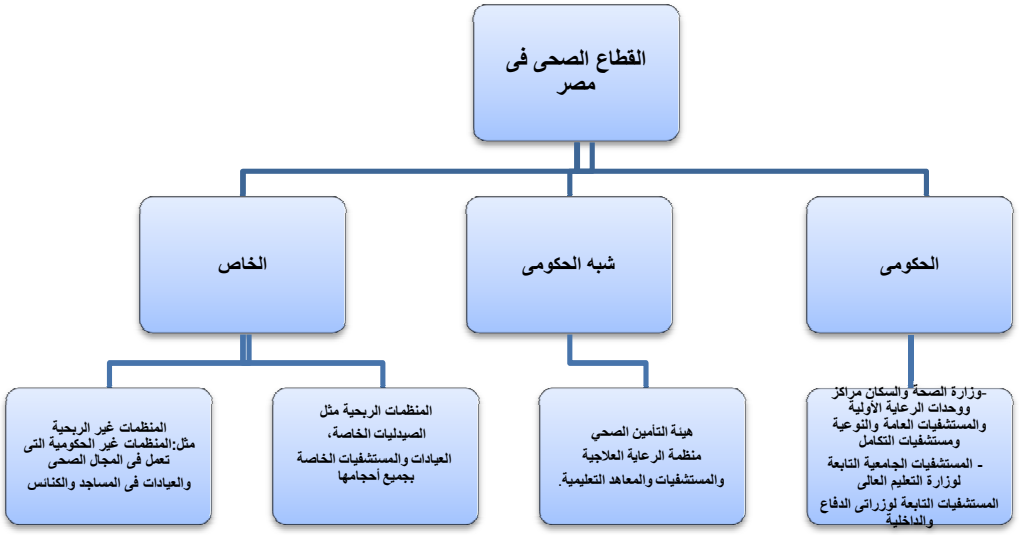
ب- القطاع الموازى للدولة (شبه الحكومى): يسمى بالقطاع العام أو قطاع الأعمال مثل هيئة التأمين الصحى والمستشفيات والمعاهد التعليمية، ويتم تشغيل وتمويل هذا القطاع من خلال موازنة خاصة وإدارة ذاتية، ولوزير الصحة دور منظم وضابط فى قرارات الجهات التى تندرج تحت هذا القطاع.

ج- القطاع الخاص: تقدم مؤسسات القطاع الخاص الخدمات الصحية وهى مؤسسات هادفة للربح أو غير هادفة للربح، وتشتمل على العيادات الخاصة، المستشفيات، منظمات القطاع المدنى (المساجد، الكنائس، المستوصفات) أيضا هناك شركات التأمين الخاصة وكذلك شركات تقديم الخدمات الصحية.

ويتسم النظام الصحى فى مصر- وفقا لما سبق- بدرجة عالية من التعدد فى مصادر تقديم الخدمة التى لا يوجد فى الغالب تعاون أو تنسيق بينها. والأمر لا يتوقف على ذلك فالتعدد يصيب عددًا من هذه الأنظمة من الداخل مثل الخدمات الصحية الحكومية التى تتعدد جهات تقديمها، مع اتباع سياسة الخصخصة الجزئية داخله[١٧].

شكل رقم (١)

يوضح هيكل القطاع الصحى فى مصر



المصدر: وزارة الصحة والسكان المصرية

ثالثاً: تحليل لأهم المؤشرات الصحية (الحالة الصحية)

تشير النتائج الصحية– الحالة الصحية– إلى أى مدى يتم تحقيق العدالة الصحية أو إلى أى مدى توجد تفاوتات وفجوات، تلك التى يمكن تجنبها إذا ما تم العمل على العوامل المؤدية لهذه التفاوتات والفجوات. ومن أهم هذه المؤشرات العمر المتوقع عند الميلاد، ومعدل وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون الخامسة، والإنفاق على الصحة بين الشرائح الأعلى دخلا والشرائح الأقل دخلا، وغيرها من المؤشرات والنتائج التى سيتم تحليها بالاعتماد على البيانات الواردة فى تقرير التنمية البشرية مصر ٢٠٢١ والمسح الصحى للأسرة المصرية ٢٠٢١ وهو أحدث مسح صحى، والتقارير الصادرة عن المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية وبعض تقارير البنك الدولى والجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء.

١- التفاوتات الصحية وفجوات العدالة

يعد تحليل النتائج الصحية من المؤشرات المهمة فى تحليل العدالة الصحية؛ حيث يوضح إلى أى مدى تم إحراز تقدم فى الحالة الصحية، بداية من المؤشرات التى ترصد معدل وفيات الطفولة المبكرة والحصول على التطعيمات الأساسية ورعاية الأم أثناء الحمل والإصابة ببعض الأمراض

مثل الأمراض التنفسية وغيرها والتباينات فى النتائج الصحية فى الريف عن الحضر، ومدى تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية كالتعليم والدخل على الحالة الصحية.

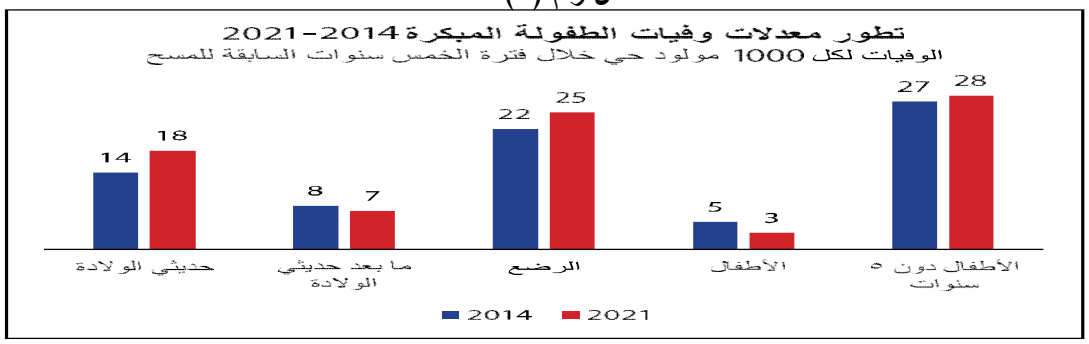
أ- (العمر المتوقع عند الميلاد)

وفقا لتقرير التنمية البشرية مصر ٢٠٢١ ارتفع متوسط العمر المتوقع عند الميلاد فى مصر من ٧٠,٣ عام فى ٢٠١٠ (٦٨,٢ للذكور، ٧٢,٦ للإناث) إلى نحو ٧١,٨ عام فى ٢٠١٨ (٦٩,٦ للذكور و ٧٤,٢ للإناث)، وعلى الرغم من ارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الميلاد فى مصر إلا أنه منخفض إذا ما قورن بالمتوسط العالمى البالغ ٧٢,٦ سنة، والمتوسطات السائدة فى بعض الدول التى يمكن مقارنتها بمصر مثل الأردن وتونس ولبنان والمغرب وتركيا وتايلاند[١٨].

ب- التطور والتباين فى معدلات وفيات الطفولة المبكرة

تشير البيانات الموضحة بشكل رقم (٢) للمسح الصحى للأسرة المصرية ٢٠٢١ مقارنة بالمعدلات التي تم رصدها فى المسح السكانى الصحى 2014 إلى حدوث ارتفاع فى معدل وفيات الرضع من 22 حالة وفاة لكل 1000 مولود فى 2014 إلى 25 حالة وفاة فى 2021، وكذا معدلات وفيات الأطفال خلا الشهر الأول من 14 حالة لكل 1000 مولود فى 2014 إلى 18 حالة فى 2021، وهو ما يشكل تراجعًا ملحوظًا عما تم التوصل إليه فى المسح الصحى ٢٠١٤، بينما انخفض معدل وفيات الأطفال من 1-4 سنوات من 5 حالات لكل 1000 مولود إلى 3 حالات فقط.

شكل رقم (٢)



ج- التباينات فى معدلات وفيات الطفولة المبكرة بين الريف والحضر

تشير البيانات الموضحة فى (جدول رقم ١) إلى تفاوتات فى معدلات الوفيات وفقا لمحل الإقامة. وجود ارتفاع معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة فى الريف عن الحضر، فمعدلات وفيات الأطفال أعلى فى الوجه القبلى مقارنة بالمحافظات الحضرية والوجه البحري. مما يؤكد على التفاوت فى الخدمات المقدمة فى الريف عن الحضر والوجه القبلى عن الوجه البحرى، وكذلك المحددات التى تؤثر على الفرص فى البقاء على قيد الحياة[١٩].

جدول رقم (١)

يوضح التباينات فى معدلات وفيات الطفولة المبكرة

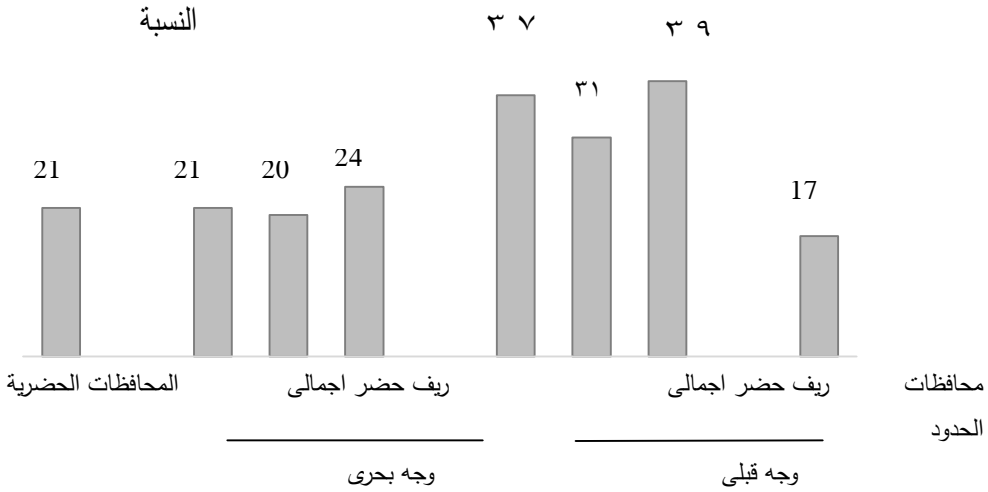
معدلات وفيات الطفولة المبكرة حسب محل الإقامة					
معدل وفيات حديثى الولادة، ما بعد حديثى الولادة، وفيات الرضع، وفيات الأطفال ووفيات الأطفال دون الخامسة فى فترة العشر سنوات السابقة على المسح					
الخصائص الاجتماعية والاقتصادية	وفيات حديثي الولادة	وفيات ما بعد حديثي الولادة [١]	وفيات الرضع	وفيات ألأطفال ١-٤ سنوات	وفيات الأطفال دون الخامسة
الإقـــامة					
حضـر	15	7	22	2	24
ريــف	18	9	27	4	31
محل الإقامة					
المحافظات الحضرية	13	6	19	2	21
وجه بحرى	14	7	21	2	23
حضــر	14	5	19	1	20
ريــف	14	7	21	3	24
وجه قبلى	21	11	32	5	37
حضــر	18	9	27	4	31
ريــف	21	12	33	6	39
محافظات الحدود	10	4	14	3	17

المصدر: المسح الصحة للأسرة المصرية ٢٠٢١- الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء.

يشير الجدول السابق- جدول رقم (١)- إلى وجود تباينات وتفاوتات حساب محل الإقامة، حيث توجد أقل معدلات للوفيات فى حضر الوجه البحرى، بينما توجد أعلى هذه المعدلات فى ريف الوجه القبلى، فقد وصل معدل وفيات الأطفال دون الخامسة فى ريف الوجه القبلى إلى 39 حالة وفاة لكل 1000 مولود، وهو أعلى من معدل وفيات الأطفال دون الخامسة فى ريف الوجه البحرى بنسبة 63٪ بحوالى ٢٤ حالة وفاة لكل 1000 مولود. كما بلغ معدل وفيات الرضع فى ريف الوجه القبلى ٣٣ حالة وفاة لكل 1000 مولود (وهو تقريبا 57٪ أعلى من المعدل فى ريف الوجه البحرى ٢١ حالة وفاة لكل 1000 مولود). كذلك معدل وفيات الأطفال 1-4 سنة فى ريف الوجه القبلى (6 حالات وفاة لكل 1000 مولود)، وهو ضعف المعدل فى ريف الوجه البحرى (3 حالات وفاة لكل 1000 مولود) ويرجع ارتفاع مستويات الوفيات للأطفال دون الخامسة من العمر أيضا فى الوجه القبلى عنها فى الوجه البحرى إلى تباينات وارتفاع وفيات الرضع، حيث يبلغ معدل وفيات الرضع فى المحافظات الحضرية وحضر الوجه البحرى 19 حالة وفاة لكل 1000 مولود مقارنة بالريف 27 حالة وفاة لكل 1000 مولود فى حضر الوجه القبلى. وهو موضح أكثر من خلال شكل رقم (٣):

شكل رقم (٣)

يوضح تطور وفيات الأطفال دون الخامسة، حسب محل الإقامة



المصدر: المسح الصحى للأسرة المصرية ٢٠٢١- الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء.

وجود تفاوتات صحية مرتبطة بالخصائص الاجتماعية والاقتصادية: حيث ينخفض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة– كما هو موضح بجدول رقم (٢)– بارتفاع الحالة التعليمية، كذلك ينخفض معدل الوفاة الأطفال دون الخامسة ممن ينتمون للأطفال فى الخمس الأعلى للثروة.

جدول رقم (٢)

معدلات وفيات الطفولة المبكرة حسب الخصائص الاجتماعية والاقتصادية

معدل وفيات حديثى الولادة، ما بعد حديثى الولادة، وفيات الرضع، وفيات الأطفال ووفيات الأطفال دون الخامسة فى فترة العشر سنوات السابقة على المسح حسب الخصائص الاجتماعية والاقتصادية، مصر 2021.					
الخصائص الاجتماعية والاقتصادية	وفيات حديثى الولادة	وفيات ما بعد حديثى الولادة1	وفيات الرضع	وفيات الأطفال 1-4	وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر
الإقامة					
حضر	15	7	22	2	24
ريف	18	9	27	4	32
محل الإقامة					
المحافظات الحضرية	13	6	19	2	21
وجه بحرى	14	7	21	2	23
حضر	14	5	19	1	20
ريف	14	7	21	3	24
وجه قبلي	21	11	32	5	37
حضر	18	9	27	4	31
ريف	21	12	33	6	39
محافظات الحدود2	10	4	14	3	17
الحالة التعليمية					
لم يسبق لها الذهاب للمدرسة	23	10	33	5	38
لم تتم المرحلة الابتدائية	17	15	32	7	39
أتمت المرحلة الابتدائية/بعض الثانوى	20	12	33	5	38
أتمت المرحلة الثانو ية/فأعلى	14	6	21	2	23
مؤشر الثروة					
أدنى مستوى	20	11	30	5	36
المستوى الثاني	20	10	31	5	35
المستوى الأوسط	17	10	27	3	30
المستوى الرابع	14	6	20	2	22
أعلى مستوى	13	6	19	2	21

المصدر: المسح الصحة للأسرة المصرية ٢٠٢١– الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء.

تشير البيانات– فى الجدول السابق– إلى وجود تباينات فى معدلات الوفيات حسب الخصائص الاجتماعية والاقتصادية؛ حيث ترتبط مستويات الوفيات عكسيًا بالمستوى التعليمى للأم، إذ يبلغ معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر المولودين لسيدات لم يسبق لهن الذهاب إلى المدرسة تقريبًا 65٪ أعلى من المعدل للأطفال المولودين لسيدات أتممن تعليمهن الثانوى أو أعلى ليصل إلى ٢٣ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود للسيدات اللاتى أتممن المرحلة الثانوية مقابل ٣٨ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود للسيدات اللاتى لم يسبق لهن الالتحاق بالتعليم.

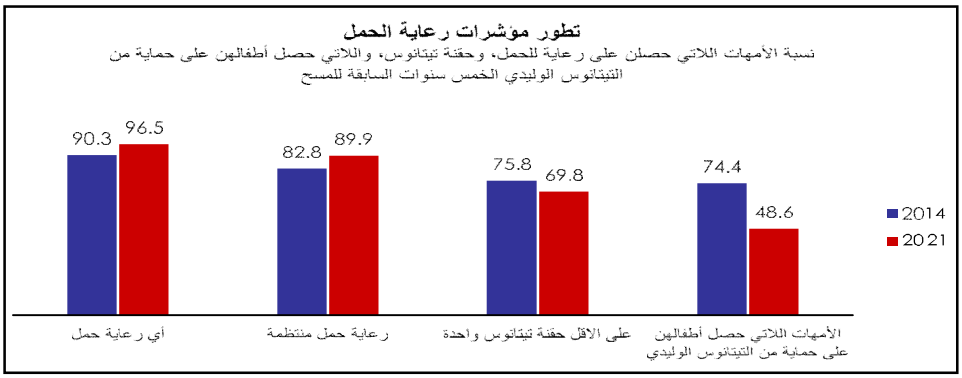
وبالمثل الأطفال المولودين لأمهات فى المستوى الأدنى لمؤشر الثروة هم أكثر احتمالا بحوالى 71٪ أن يموتوا قبل السنة الخامسة من العمر من الأطفال المولودين لأمهات فى المستوى الأعلى لمؤشر الثروة؛ حيث ينخفض معدل الوفيات الأطفال دون الخامسة ممن ينتمون للأطفال فى الخمس الأعلى للثروة ٢١ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود مقابل ٣٦ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ فى الخمس الأدنى من الثروة، وهو ما يوضح تأثير المحددات الاجتماعية كالمستوى التعليمى ومستوى الدخل على الحالة الصحية والتمتع بالفرصة فى الحياة.

جـ- مؤشرات الاهتمام بصحة الأم والطفل

- رعاية الحمل المنتظمة: توجد تفاوتات فى حصول السيدات على رعاية الحمل المنتظمة حسب الحالة التعليمية، حيث تزداد نسبة الحصول على رعاية حمل منتظمة مع ارتفاع المستوى التعليمي للسيدة، فقد وصلت النسبة إلى 93٪ بين السيدات اللاتى أتممن تعليمًا ثانويًا فأكثر مقابل 82٪ فقط بين السيدات اللاتي لم يلتحقن بالتعليم. مما يؤكد أهمية العمل على المحددات الاجتماعية للصحة كنهج للتدخل لتحقيق العدالة الصحية. كما تشير البيانات إلى أن حوالى 70٪ من السيدات (١٥–٤٩) حصلن– على الأقل– على حقنة تيتانوس واحدة، كما أن 49٪ من الأمهات حصل أطفالهن على حماية من التيتانوس الوليدى، وتقل هذه النسب عما أظهرته نتائج مسح 2014 كما هو واضح من شكل رقم (٤) وهو ما يشكل تراجعًا ملحوظًا فى الاهتمام بصحة الأم والطفل.

شكل رقم (٤)

يوضح تطور مؤشرات رعاية الحمل

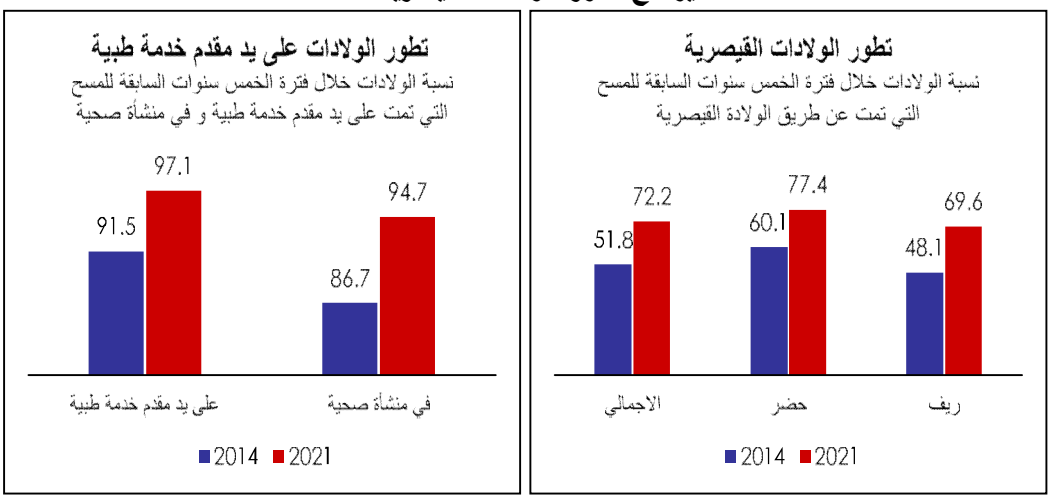


المصدر: المسح الصحة للأسرة المصرية ٢٠٢١- الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء.

- **الولادات القيصرية:** أما بالنسبة للولادات القيصرية فقد لوحظ زيادة كبيرة بها- كما هو بشكل رقم (٥)- حيث تشير النتائج إلى أن ثلاثًا من بين كل أربع سيدات تقريبا (٧٢٪) تمت ولادة طفلهن الأخير بولادة قيصرية. ويتضح من النتائج ارتفاع نسبة الولادات القيصرية بصورة واضحة عن المستوى الذى تم رصده فى 2014 حيث كانت النسبة ٥٢٪ من الولادات. وهو ما يزيد عن المؤشر العالمى الذى يمثل ٢٠٪، وتصدرت مصر المرتبة الأولى عالميا مما يؤكد ضرورة التدخل واتخاذ كل التدابير للحد من الولادة القيصرية دون مبرر طبى لما له من مضاعفات وتأثير على صحة الأم والجنين.

شكل رقم (٥)

يوضح تطور الولادات القيصرية

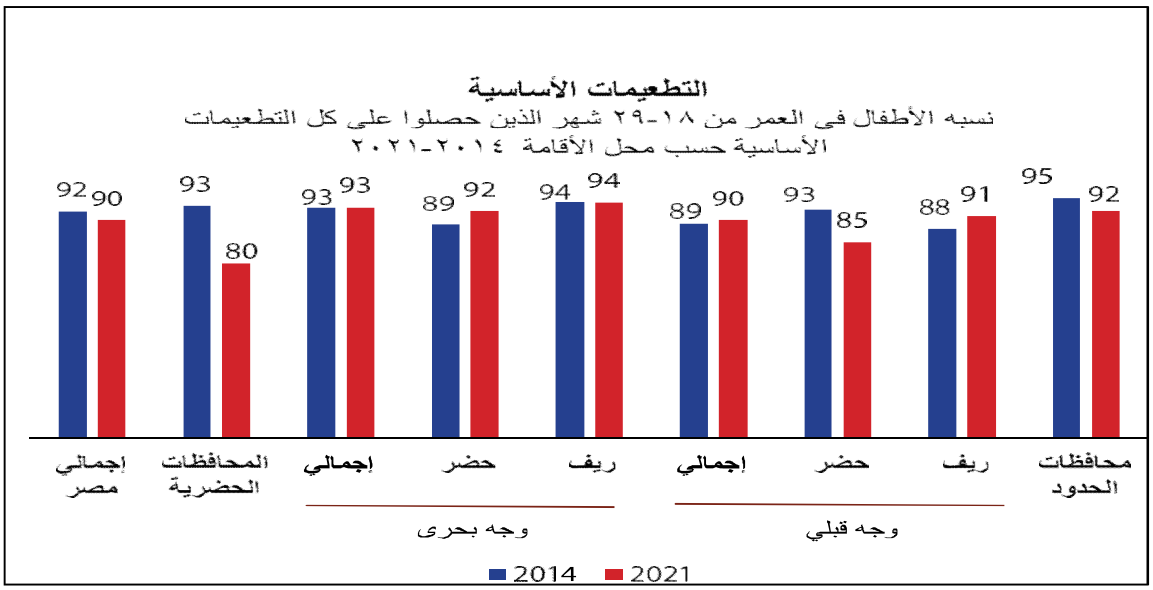


المصدر: المسح الصحة للأسرة المصرية ٢٠٢١- الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء.

د- الحصول على التطعيمات الأساسية التطعيمات

يتضح من شكل رقم (٦) وجود تفاوتات فى الحصول على التطعيمات الأساسية بين الوجه القبلى بنسبة ٩٠٪ والوجه البحرى بنسبة ٩٣٪، كما هناك انخفاض ملحوظ فى الحصول على التعطيمات الأساسية فى المحافظات الحضرية (مسح ٢٠٢١)، حيث إن نسبة الأطفال الذين حصلوا على التطعيمات الأساسية ٨٠٪ عن المسح الصحى (٢٠١٤) ٩٣٪. والتراجع فى الإجمالى ٩٠٪ فى مسح ٢٠٢١ عن مسح ٢٠١٤ (٩٢٪). مما يدل على انخفاض ملحوظ فى الخدمات الوقائية المرتبطة بالتطعيمات.

شكل رقم (٦)

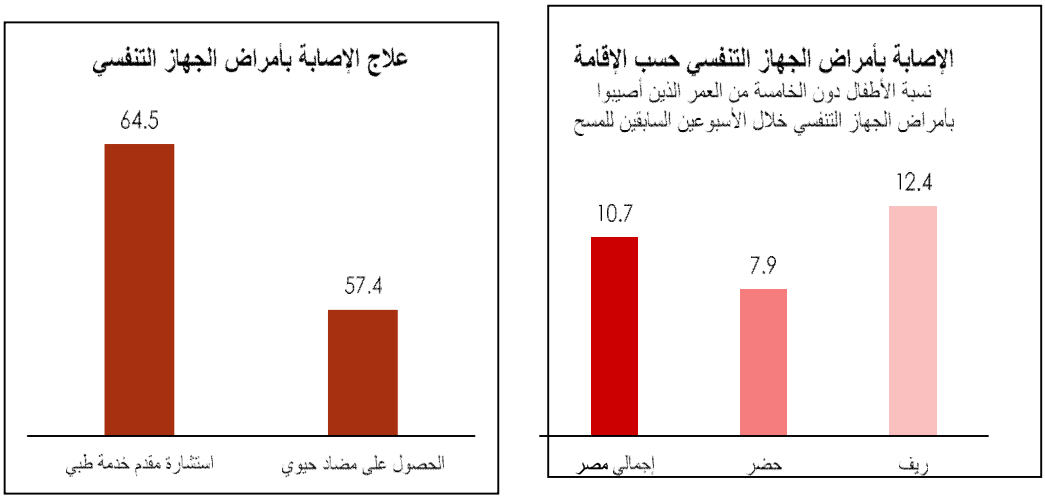


هـ- أمراض الجهاز التنفسى الحادة

تشير النتائج الموضحة بشكل رقم (٧) إلى ارتفاع نسبة انتشار أمراض الجهاز التنفسى الحادة فى الريف عن الحضر، حيث توجد تفاوتات فى الإصابة تصل إلى (٧,٩٪ فى الحضر) وترتفع نسبة الإصابة فى الريف لتصل (١٢,٤٪). وتقل نسبة من قاموا باستشارة مقدم خدمة طبية، حيث تم استشارة حوالى ٦٤٪ فقط من حالات الإصابة بأمراض الجهاز التنفسى، وقد تم إعطاء الطفل مضاد حيوى فى أكثر من نصف الحالات 57,4٪ مع عدم وجود اختلافات حسب الخصائص المختلفة.

شكل رقم (٧)

يوضح الإصابة بأمراض الجهاز التنفسى



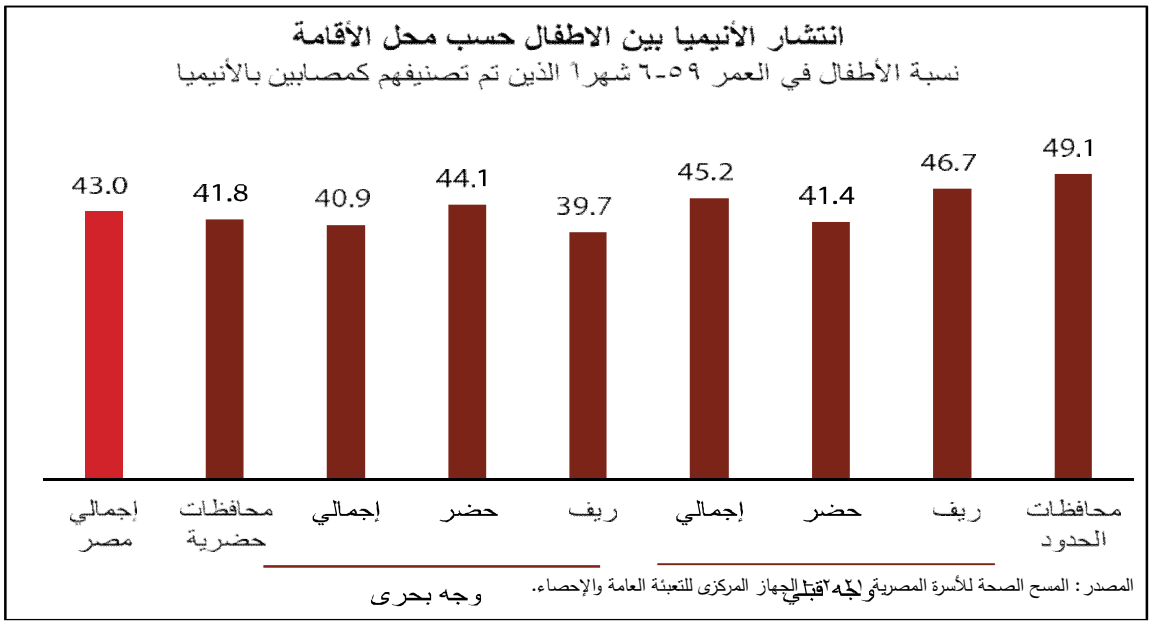
المصدر: المسح الصحة للأسرة المصرية ٢٠٢١- الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء

توجد تباينات فى مدى انتشار أمراض الجهاز التنفسى الحادة وكيفية التعامل مع المرض، واختلافات فى انتشار أمراض الجهاز التنفسى الحاده بصورة كبيرة حساب أغلب الخصائص الخلفية الموضحة فى جدول رقم (٣). وتوجد أعلى نسبة الإصابة بأمراض الجهاز التنفسى بين الأطفال فى العمر من 6- 11 شهرًا و12- 23 شهرًا (16٪، و14٪ على الترتيب) كما كانت التباينات كبيره حسب محل الإقامة حيث وجد أن أمراض الجهاز التنفسى الحادة أقل انتشارا فى المحافظات الحضرية وأعلى معدل وجد فى ريف الوجه القبلى(4٪ و14٪ على الترتيب). ويقل انتشار أمراض الجهاز التنفسى الحاد مع زيادة مؤشر الثروة، من 13٪ بين الأطفال فى أدنى مستوى لمؤشر الثروة إلى 8٪ بين الأطفال فى أعلى مستوى لمؤشر الثروة. ولا يوجد نمط واضح للتفاوتات فى نسبة انتشار أمراض الجهاز التنفسى الحاد حسب الحالة التعليمية للأم. فتشير النتائج إلى أن أقل نسبة إصابة بأمراض الجهاز التنفسى هى بين الأطفال الذين لم تتم أمهاتهن المرحلة الابتدائية (7٪) بينما أعلى نسبة كانت بين الأطفال الذين أتمت أمهاتهن المرحلة الابتدائية أو بعض من المرحلة الثانوية (١٢٪).

و- سوء التغذية

بالرغم من تحسن المؤشرات الجسمانية إلا أن البيانات الموضحة بشكل رقم (٧)، تشير إلى ارتفاع نسبة المصابين بالأنيميا بين 2014 و2021، حيث ارتفعت النسبة بين الأطفال من عمر 6-59 شهرًا من 27.2٪ إلى 43٪، وتصل نسبة الأنيميا البسيطة إلى 20٪ مقارنة بحوالى 18٪ عام 2014، وكانت الزيادة الواضحة فى نسبة المصابين بأنيميا متوسطة، حيث بلغت النسبة حوالى 21٪ أكثر من ضعف النسبة التى تمت ملاحظتها فى 2014 (١٠٪) وتوجد تفاوتات محدودة حسب الحضر والريف وحسب محل الإقامة.

شكل رقم (٨)



المصدر: المسح الصحة للأسرة المصرية والجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء.

٣- التفاوت فى مدى إتاحة جهات تقديم الخدمات الصحية بين الريف والحضر (مدى العدالة فى النفاذ أو الوصول إلى الخدمات الصحية)

يشير استطلاع الرأى الذى قام به المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية "استطلاع رأى عينة من الجمهور العام حول الرعاية الصحية" إلى أن ما يقرب من ثلث المواطنين ٢٩,٣٪ أكد بُعد جهات تلقى العلاج عن مكان سكنهم، فى مقابل ٧٠,٧٪ أكدوا قرب جهات تلقى العلاج من أماكن سكنهم، وهو ما يشير إلى أن ثلاثة أشخاص من بين كل عشرة أشخاص فى العينة تبتعد جهات تلقى العلاج عن مكان سكنهم" كما أظهرت النتائج **وجود فجوة بين الريف والحضر** فى سهولة الوصول إلى الخدمات الصحية، حيث تتفاوت قرب جهات تلقى العلاج من سكن المواطنين بين الريف والحضر من جانب والقطاعات والأقاليم من جانب آخر، وتلاحظ ارتفاع نسبة الذين أشاروًا إلى أن جهات العلاج قريبة من سكنهم فى الحضر ٨١,٧٪

عنها فى الريف الذى تنخفض داخله هذه النسبة إلى ٦١,٧٪، ويتأكد هذا التفاوت بشكل أكثر وضوحا عند النظر فى العلاقة بين الأقاليم وقرب جهات العلاج من السكن، حيث ترتفع نسبة الذين أشاروا إلى قرب جهات العلاج من أماكن سكنهم فى المحافظات الحضرية إلى ٨٣,٨٪ يليها كل من حضر الوجه القبلى وحضر الوجه البحرى بنسبتين متقاربتين ٨٠,٢٪ و٨٠٪ لكل منهما بالترتيب، ثم ريف الوجه البحرى بنسبة ٦٦,٥٪، ويأتى فى الترتيب الأخير وبنسبة منخفضة مقارنة بغيره من القطاعات ريف الوجه القبلى بواقع ٥٥,٤٪ والذى تقترب داخله نسبة من أكدوا عدم وجود جهات قريبة من السكن لتلقى العلاج من النصف[٢٠].

٤- الإنفاق الصحى وصعوبة دفع تكاليف العلاج

اتضح من خلال الاستطلاع أن أكثر من ثلث المواطنين فى العينة يواجهون صعوبة فى دفع تكاليف العلاج عند المرض فقد بلغت نسبة الذين أجابوا بالإيجاب ٣٨,٤٪ فى حين بلغت نسبة الذين أجابوا بالنفى ٦١,٦٪ وهو ما يشير إلى أن ما يقرب من ٤ مواطنين من بين كل ١٠ يجدون صعوبة فى تكاليف العلاج عند المرض. وأن أكثر من نصف المواطنين المصابين بأمراض مزمنة ٥٦,٥٪ يواجهون صعوبة فى دفع تكاليف العلاج، وتزيد هذه النسبة بين المواطنين فى الريف ٦١,٦٪ عنها بين المواطنين فى الحضر ٥١.٤٪. ويمكن أن يفسر هذه النتيجة فى إطار ما تشير إليه البيانات الرسمية من ارتفاع نسبة الإنفاق المباشر من جيوب المواطنين وعدم قدرة قطاع واسع منهم على تحمل أعباء وتكلفة الخدمات الصحية خاصة فيما يتعلق بالأمراض الكارثية التى تؤدى بطبيعتها إلى الإفقار، فمعدلات الإنفاق من الجيب تصل إلى نحو ٧٢٪ من الإنفاق الكلى على الرعاية الصحية، ينفق أغلبه فى العيادات الخاصة والصيدليات[٢١]. وفى هذا السياق وفقا لتقارير البنك الدولى **تنفق الأسر ضمن الخمس الأقل دخلًا ٢١٪ من دخلها على التكاليف المتعلقة بالرعاية الصحية، مقابل ١٣,٥٪ بالنسبة للأسر ضمن الخمس الأعلى دخلا.** وبذلك تنفق أفقر الأسر المصرية نسبة كبيرة من دخلها على الرعاية الصحية، وهو ما يؤدى إلى صعوبات مالية شديدة، ويدفع بنحو ٧ ٪ من الأسر إلى الفقر كل سنة بسبب النفقات الصحية الكارثية التى تتكبدها[٢٢]. وهو ما يوضح التفاوت الشديد بين الأسر الأعلى دخلا والأقل دخلا فى الإنفاق على الرعاية الصحية، وقدرة الوصول للخدمات الصحية المتاحة ومدى تمتعها بحالة صحية جيدة.

رابعاً: التحديات التى تواجه النظام الصحى المصرى

- تحديات مرتبطة بنقص الموارد البشرية فى النظام الصحى: تواجه مصر أزمة صحية عامة ملحة تتمثل فى وجود عجز فى العاملين بقطاع الرعاية الصحية فيها فضلًا عن انخفاض معدل الاحتفاظ بهم، إذ يبلغ عدد الأطباء العاملين فى قطاع الصحة العام والخاص، نحو ١٠٨,٠٠٠ طبيب، وهو

عدد بالكاد يلبى احتياجات مائة مليون مواطن وفقًا للمعايير الدولية. هذا العجز يجعل قطاع الصحة العامة المصرى غير قادر على تحقيق أهداف التنمية المستدامة ورؤية مصر للصحة فى عام ٢٠٣٠[٢٣]. وبلغ عدد الأطباء العاملين فى القطاع الحكومى وفقًا لبيانات الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء ٢٠٢٠ إلى ٧٣,٤ ألف طبيب.

شكل رقم (٩)

يوضح عدد الأطباء فى القطاع الحكومى

- تعدد مصادر تقديم الخدمات بسبب الهيكل التنظيمى والإدارى لقطاع الصحة الذى أدى إلى انخفاض كفاءتها وعدم التنسيق بين هذه المصادر مما أدى إلى حدوث خلل فى نظام الرقابة على الجودة.
- ضعف البناء المؤسسى لقطاع الصحة ككل، مما يؤثر على كفاءة تنفيذ السياسات الخاصة بالقطاع، وتنظيم التعامل بين الجهات المختلفة مثل وزارة الصحة والسكان، والهيئة العامة للتأمين الصحى، والقطاعات الحكومية أو الخاصة، وعدم وضوح دور كل جهة فى تقديم الخدمة والتمويل والرقابة على جودة الخدمات.
- تفاوت مؤشرات الخدمات الصحية بين المناطق الجغرافية والطبقات الاجتماعية المختلفة من حيث مؤشرات استخدام الخدمة أو أداء الخدمة أو توزيع الموارد البشرية وأماكن تقديم الخدمة وأيضا مؤشرات التمويل والإنفاق.
- عدم وجود التغطية الشاملة للجميع بالخدمات الأساسية ذات الأولوية مما أدى إلى زيادة الإنفاق من الجيب للفقراء (العبء المزدوج للمرض) والذى يجعل الفقراء ينفقون نسبة أكبر من دخلهم للرعاية الصحية أكثر مما ينفقه الأغنياء.
- ضعف وقصور نظم المعلومات الصحية التى تشمل التوثيق والتسجيل، وعدم توفر نظم معلومات وقواعد بيانات لخدمات الأبنية الصحية وتوزيعها جغرافيا والذى يؤثر سلبا على المساهمة فى وضع تصور وتخطيط سليم لأولويات الخدمات المطلوبة ونوعيتها.

- ضعف نظام الرقابة الحالى على الجودة وعدم انتشاره فى جميع المحافظات والمراكز.
- عدم كفاية برامج التأهيل والتدريب المستمر لبناء القدرات والمهارات اللازمة لمقدمى الخدمات الصحية من أطباء وفنيين، وهيئات تمريض والكوادر المالية والإدارية والتى تؤثر بدورها على جودة وكفاءة الخدمات
- مشكلات الدواء وارتفاع سعره، واختلاف سياسات التسعيرة التى تفرق بين المنتجات الحديثة والقديمة [٢٤].
- تحديات مرتبطة بسوء جودة خدمات الرعاية الصحية: يتوجه نصف المرضى تقريبًا إلى البحث عن الرعاية فى العيادات والمستشفيات الخاصة، حيث يتحملون النفقات من دخلهم الخاص ويتعرضون لخطر الوقوع تحت طائلة الفقر، فعلى الرغم من أن حوالى ٦٠٪ من المصريين لديهم تأمين صحى فى هيئة التأمين الصحى الحكومية، إلا أن أقل من ربع الأسر المعيشية تستفيد من هذا التأمين، ويرجع ذلك إلى حد كبير إلى مخاوفهم من تدنى جودة الرعاية فى المرافق الحكومية. وعلاوة على ذلك، لا يغطى التأمين الصحى الحكومى المجموعات الضعيفة، مثل العاملين فى القطاع غير الرسمى والفقراء. ونتيجة لذلك، أصبح من الشائع الاستعانة بخدمات القطاع الخاص، واستقرت النفقات الشخصية على الرعاية الصحية فى مصر عند ٦٢٪ من إجمالى الإنفاق الصحى على مدار العقد الماضى، وهذه النسبة تزيد عن المتوسط المسجل فى منطقة الشرق الوسط وشمال إفريقيا بنحو الضعف، وتبين هذه المدفوعات عدم مساواة ملحوظة من حيث الدخل والنوع الجتماعى والأماكن الجغرافية[٢٥].

خامساً: العوامل المؤدية للفجوات والتفاوتات الصحية

من التحليل السابق لمؤشرات الحالة الصحية والتفاوتات فى النتائج الصحية التى ظهرت فى تقارير المركز القومى للبحوث الاجتماعية، والتقارير الصادرة من الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء" المسح الصحى للأسرة المصرية"، الذى يؤكد– على الرغم من التحسن فى العديد من المؤشرات الصحية– إلا أنه أوضح وجود تراجع فى بعض المؤشرات كمعدل وفيات الأطفال دون الخامسة عما رصده المسح الصحى فى ٢٠١٤ بالإضافة إلى وجود تفاوتات فى النتائج الصحية بين الريف والحضر وبين الشرائح الأعلى دخلا والأقل دخلا، وهذا يعود بنا إلى الحديث عن المحددات الاجتماعية للصحة التى تشكل السبب الجذرى لهذه التفاوتات وعدم المساواة فى مجال الصحة، تلك المحددات التى تعد نتاج السياسات الاجتماعية والاقتصادية التى تخلق ظروفا غير متكافئة فى الرعاية الصحية، التعليم، فرص العمل اللائقة، السكن الملائم، الحد الأدنى من الخدمات، فكما هو معروف من وجود تباين واضح فى الخدمات الأساسية بين الريف والحضر على جميع المستويات.

وهذا ليس نتاج السياسات الحالية فقط فجذورها تمتد لعقود، فبعد ثورة ٢٥ يناير ٢٠١١ وموجتها الثورية الثانية فى ٣٠ يونيو ٢٠١٣ التى قامت من خلال انتفاضة وحركة شعبية أملا فى التغيير وتحقيقا

للشعار الذى انطلقت منه "عيش– حرية– عدالة اجتماعية"، ثم ما شهده المجتمع المصرى من أحداث، وما شهدته المنطقة العربية ككل، والتغيرات التى حدثت على الساحة الدولية، كل ذلك ألقى بظلاله على الحالة الصحية المصرية ومحدداتها الاجتماعية وعلى مستوى الخدمات الصحية التى تأثرت بالآتى:

- أدت تدابير الشمول المالى التى أخذتها الحكومة المصرية فى خفض الإنفاق العام غير الكفء وغير المستدام، لكن قطاع الصحة والتعليم لم يشهدا الفوائد بعد. فعلى الرغم من التكليف الدستورى بزيادة الإنفاق على التعليم والصحة إلى ٦٪ و٣٪ من الناتج المحلى الإجمالى (على التوالى)، إلا أن الإنفاق على الصحة اقتصر على ١,٤٪ من الناتج المحلى الإجمالى فى السنة المالية ٢٠١٨، مسجلا انخفاضًا من ١,٦٪ فى السنة المالية ٢٠١٧، بينما فى التعليم اقتصر على ٢,٥٪ من الناتج المحلى الإجمالى فى السنة المالية ٢٠١٨، مسجلا انخفاضًا من ٣,٦ فى المئة فى السنة المالية ٢٠١٦– وهو أقل بكثير من الأهداف الدستورية.
- لا زالت هناك صعوبة فى الظروف الاجتماعية والاقتصادية، حيث أدى ارتفاع التضخم على مدار السنة المالية ٢٠١٧ والسنة المالية ٢٠١٨ إلى تآكل الدخول الفعلية. وارتفع معدل الفقر الوطنى إلى ٣٢,٥٪ فى السنة المالية ٢٠١٨– مقارنة بـ ٢٨,٥٪ فى عام ٢٠١٥– مع تركز المعدلات المرتفعة للفقر فى المناطق الريفية بصعيد مصر. ولا تزال المناطق الريفية فى صعيد مصر متخلفة عن المناطق الأخرى وتصل معدلات الفقر إلى٦٠٪ فى بعض المحافظات. مما يؤثر بدوره على الحصول على خدمات الرعاية الصحية، وقامت الحكومة المصرية بتعزيز تدابير الحماية الاجتماعية من خلال تخصيص مبالغ أعلى للدعم الغذائى من خلال البطاقات الذكية وبرامج التحويل النقدى المستهدفة لتخفيف الآثار السلبية للإصلاحات الاقتصادية. ولكن يجب استكمال هذه الجهود بجهود تحسين الاستهداف وتوسيع التغطية وتحسين تقديم الخدمات والانتقال إلى مفهوم أوسع لشبكات الأمان[٢٦].
- ثم جاءت جائحة كورونا ٢٠١٩ التى أثرت على الوضع الاقتصادى، وضغطت على الأنظمة الصحية مما أكد أهمية تعزيز النظم الصحية والعمل على تحقيق العدالة الصحية، ثم اتبعها بعض الأزمات العالمية كالحرب الروسية – الأوكرانية التى أثرت على اقتصاديات كثير من دول العالم ومن بينها مصر بالطبع.
- بعض السياسات الاقتصادية المرتبطة بصندوق النقد الدولى التى ساهمت فى تحرير سعر الصرف وتعويم الجنيه المصرى وغيرها من الأزمات الاقتصادية التى أثرت على المصريين، إلى حد أن سجل المعدل السنوي للتضخم الأساسي ٤٠,٤٪ فى أغسطس ٢٠٢٣ [٢٧]. وفى ظل هذا السياق الاقتصادى والاجتماعى والسياسى، وعلى الرغم من كل الجهود المبذولة فى الصحة سواء من خلال المبادرات

الصحية أو نظام التأمين الصحى الشامل الذى تم تطبيق المرحلة الأولى منه والمزمع الانتهاء منه فى ٢٠٣٠ حتى يتم تحقيق التغطية الصحية الشاملة لكل المصريين، إلا أنه وفقًا للتقارير الصادرة من بعض المؤسسات الحكومية المصرية تلاحظ تراجع فى بعض النتائج الصحية ووجود فجوات وتفاوتات فى الصحة مما يؤثر على تعزيز العدالة الصحية فى مصر.

سادساً: الجهود المبذولة للحد من التفاوتات الصحية (أهم السياسات الصحية الحالية وسبل المواجهة)

تبنى النظام المصرى العديد من السياسات الصحية والاجتماعية التى إذا تم استثمارها واستكمالها على النحو المنشود، سيكون لها أثر كبير فى الحد من التفاوتات الصحية، سواء تلك السياسات التى لها تأثير مباشر على تحسين صحة المواطنين مثل المبادرات الصحية وتحقيق التغطية الصحية الشاملة (نظام التأمين الصحى الشامل) أو سياسات اجتماعية مرتبطة بتحسين الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية مثل "مشروع حياة كريمة" والسياسات المعنية بالحماية الاجتماعية. تلك السياسات القائمة والتى دخلت حيز التنفيذ، تعد فرصًا ينبغى الاستثمار فيها، والعمل على التقييم المرحلى لما تم إنجازه فيها من مؤسسات مجتمع مدنى مستقلة لضمان الحيادية والشفافية، حتى تحقق تلك السياسات النتائج المرجوة.

وتعد وزارة الصحة والسكان على رأس المؤسسات الصحية، فهى المعنية برسم السياسات الصحية فى إطار السياسة العامة للدولة، والمعنية أيضا بالصحة الوقائية للمواطنين وتقديم خدمات الرعاية الأساسية الأولية، وكل مستويات الرعاية وتنفيذ البرامج والمبادرات الصحية، وقامت وزارة الصحة بتنفيذ المبادرات الرئاسية فى إطار حملة ١٠٠ مليون صحة.

١- المبادرات الصحية

تعد المبادرات الرئاسية " ١٠٠ مليون صحة " من أهم التدخلات الصحية التى قدمتها الدولة ممثلة فى وزارة الصحة والسكان فى السنوات القليلة الماضية. حيث انطلقت المبادرة الأم للقضاء على فيروس سى والكشف عن الأمراض غير السارية فى أكتوبر ٢٠١٨ وتعد مبادرة القضاء على فيروس سى: المبادرة الأهم التى حققت نجاحا هائلا فى أهدافها المعلنة القضاء على فيروس سى بعد أن كانت مصر الأولى عالميا فى معدلات الإصابة به، ووفقا لتصريحات وزير الصحة تم عمل مسح صحى لأكثر من ٦٠ مليون مواطن وتوفير العلاج المجانى للمصابين، وهو أكبر مسح صحى تم عمله، وتعد تجربة مصر فى القضاء على فيروس سى بالتعاون والتشبيك مع المؤسسات الدولية كمنظمة الصحة العالمية والبنك الدولى وغيرها من

المنظمات الداعمة. تجربة يمكن البناء عليها والاستلهام منها فى التصدى للأمراض غير السارية التى تعد من أسباب الوفيات الرئيسة فى مصر[٢٨].

- المبادرة الرئاسية للقضاء على قوائم الانتظار، وتبعها العديد من مبادرات الصحة العامة التى هدفت إلى رفع الوعى الصحى لدى المواطنين بأهمية إتباع أنماط الحياة الصحية، وتجنب عوامل الخطورة المسببة للإمراض غير السارية. وأهمية الكشف المبكر، وكذلك المتابعة فى حالة اكتشاف الإصابة بأحد الإمراض لتجنب المضاعفات. وليس هذا فحسب، بل اشتملت مبادرة ١٠٠ مليون صحة على العديد من الخدمات التى تهدف إلى تقديم خدمات الدعم النفسى لبعض الفئات من المجتمع مثل كبار السن.
- مبادرة الكشف المبكر وعلاج ضعف وفقدان السمع للأطفال حديثى الولادة
- مبادرة فحص المقبلين على الزواج.
- ومبادرة دعم صحة المرأة المصرية (الكشف المبكر عن سرطان الثدى)،
- مبادرة الكشف المبكر وعلاج الأورام السرطانية،
- ومبادرة الفحص وعلاج الأمراض المزمنة والاكتشاف المبكر للاعتلال الكلوى،
- مبادرة الاكتشاف وعلاج حالات سوء التغذية (أنيميا- سمنة- قصر قامة) بين تلاميذ المدارس الابتدائية وتقدم كل خدمات هذه المبادرات مجانا فى كل محافظات الجمهورية.

وعلى الرغم من أهمية هذه المبادرات التى تقدم خدماتها المجانية فى الوقاية والكشف المبكر عن الأمراض إلا أنها مبادرات رأسية، لذلك يجب- كما يوضح الخبراء فى المجال الصحى- إدماجها فى وحدات الرعاية الأساسية حتى تصبح جزءًا من النظام الصحى.

٢- نظام التأمين الصحى الشامل

أخذت مصر بنظام التأمين الصحى فى منتصف الستينات أثناء المرحلة الناصرية، بعد صدور قانون التأمين الصحى ١٩٦٤ بهدف تغطية السكان المصريين بمظلة التأمين خلال عشر سنوات، وأنشئت الهيئة العامة للتأمين الصحى بالقرار الجمهورى رقم ١٢٠٩ لسنة ١٩٦٤ لتتولى التنفيذ. وتعد الهيئة قطاعًا حكومًا موازيًا كهيئة اقتصادية، مملوكة للدولة وتحت إشراف وزير الصحة والسكان، وشمل النظام فى ذلك الوقت العاملين بالجهاز الإدارى للدولة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات والمؤسسات العامة، والعاملين فى قطاع الأعمال، والخاضعين لقانون التأمينات الاجتماعية فى ذلك الوقت. وهكذا لم يغط نظام التأمين الصحى فى بدايته العاملين فى الزراعة، وعمال المنازل، والمشتغلين لحسابهم، وأصحاب الحرف وأصحاب الأعمال. وبعد مرور ما يقرب من ثلاثة عقود، مدت مظلة التأمين الصحى شريحة طلاب المدارس بموجب القانون رقم ٩٩ لسنة

١٩٩٢ وتلى ذلك مد المظلة التأمينية الصحية لفئات أخرى مثل المرأة المعيلة والأطفال دون سن المدرسة والفلاحين وعمال الزراعة عبر مجموعة من القوانين المتتالية[٢٩].

وبلغ إجمالى عدد المؤمن عليهم فى عام ٢٠١٨ نحو ٥٥,٦ مليون مواطن، نصفهم طلاب مدارس، وما يقرب من ربعهم من العاملين، أى قرابة ١٢ مليون من المشتغلين بما يتجاوز نصف المشتغلين بقليل، وعلى الرغم من تطور معدل تغطية نظام التأمين الصحى من ١٩٩٠ واتساع قاعدة المؤمن عليهم، فإن نسبة الإنفاق الخاص على الصحة من قبل المواطنين تشير إلى ضعف نوعية الخدمات المقدمة إليهم، إذ بلغت نسبة التغطية فى عام ١٩٩٠ قرابة ١٠٪ مع نسبة إنفاق خاص على الصحة ٥٦٪ ومع ضم فئات أخرى لمظلة التأمين الصحى، اتسعت قاعدة التغطية حتى وصلت إلى ٣٧٪ فى ١٩٩٥ مع نسبة إنفاق خاص على الصحة ٥١٪ ثم اتسعت التغطية لتصل إلى ٤٥٪ فى عام ٢٠٠٠ مع زيادة نسبة الإنفاق الخاص على الصحة لتصل إلى ٦١٪، وبحلول عام ٢٠١٥ وصلت نسبة التغطية إلى ٥٨٪ مع نسبة إنفاق خاص على الصحة ٦٢٪[٣٠].

ثم كانت هناك محاولات لحل إشكاليات هذا النظام التأمينى ومد التغطية الصحية لجميع المواطنين، إلى حد وجود برنامج للإصلاح الصحى فى وزارة الصحة بالتعاون مع بعض المؤسسات الدولية، ومحاولات لوضع مشروع قانون تأمين صحى جديد، ورفض من اتحاد العمال وبعض الأحزاب السياسية وبعض مؤسسات المجتمع المدنى، ثم ظل حلم وجود تغطية صحية شاملة مطلبا لم يتحقق، حتى أعادت ثورة يناير ٢٠١١ حلم المصريين فى العدالة الاجتماعية وتنفيذ الاستحقاقات الدستورية فيما يتعلق بالتعليم والصحة وغيرهما. وشكلت وزارة الصحة والسكان لجنة من الخبراء والمعنيين وممثلين للأحزاب السياسية والمنظمات غير الحكومية بإعداد مشروع قانون التأمين الصحى، حيث عملت اللجنة لسنوات على صياغة القانون، إلى أن حدث التوافق وتم عرض القانون على مجلس النواب الذى صدق عليه فى ٢٠١٨ باعتباره إنفاذا لأحد الاستحقاقات الدستورية التى نص عليها دستور ٢٠١٤ فى المادة (١٨) التى نصت على أن "تلتزم الدولة بإقامة نظام تأمين صحى شامل لجميع المصريين يغطى كل الأمراض....."[٣١].

ويتوافق هذا مع رؤية مصر فيما يختص بتطوير القطاع الصحى ضمن الإستراتيجية القومية للتنمية المستدامة ٢٠٢٠- ٢٠٣٠ والمرتكزة على المادة ١٨ فى الدستور تقديم تغطية صحية شاملة لجميع المصريين بخدمات صحية ذات جودة عالية وفى إطار من الإتاحة والمساواة دون تعرضهم لمخاطر الوقوع فى المعاناة المالية من جراء تكلفة الرعاية الصحية. ويمثل التأمين الصحى الشامل أحد أهم الأساليب العملية لتحقيق التغطية الصحية حيث يتم التوسع بشكل تدريجى للتغطية الإلزامية بالنظام مع وضع سياسات فعالة للإعفاء لغير القادرين فضلا عن توفير شبكات أمان ودعم للفقراء والفئات الأكثر تعرضا لمخاطر المرض، وتأتى هذه

الرؤية مصحوبة بآليات جمع ودمج موارد وقنوات التمويل فى وعاء تأمينى كبير يتيح الاستخدام الأكفأ والأمثل للموارد المتاحة داخل القطاع الصحى.[٣٢]

لذلك جاء التأكيد على سياسة التغطية الصحية الشاملة فى تحقيق العدالة الصحة وحماية الفئات الأكثر تضررا، وجاء قانون التأمين الصحى الشامل رقم ٢ لسنة ٢٠١٨ ليعد بالتعامل مع المشكلات التى يعانى منها النظام الصحى ولتحقيق العدالة الاجتماعية فى الصحة. وجمع القانون الجديد كل القوانين السابق الإشارة إليها فى قانون واحد بما يعد إصلاحا تشريعيا كبيرًا، وانطلقت الفلسفة السياسية الحاكمة لهذا الإصلاح التشريعى من مبادئ أساسية مثل الشمول من حيث مظلة تغطية الأفراد وتغطية الخدمات التى يقدمها النظام. وواجه نظام التأمين الصحى الشامل عند تطبيقه بمحافظات المرحلة الأولى عدة تحديات يجب العمل على دراساتها وحلها لتلافيها فى محافظات المرحلة الثانية التى يتم فيها التطبيق.

٣- مشروع حياة كريمة وتطوير القرى الأكثر فقراً

يهدف المشروع إلى التنمية الشاملة للتجمعات الريفية الأكثر احتياجا، بهدف القضاء على الفقر متعدد الأبعاد لتوفير حياة كريمة مستدامة للمواطنين على مستوى الجمهورية، والتخفيف عن كاهل المواطنين بالتجمعات الأكثر احتياجا فى الريف والمناطق العشوائية فى الحضر. هذا المشروع الذى يعمل على عدة مراحل من خلال تقسيم القرى الأكثر احتياجًا المستهدفة وفقاً لبيانات ومسوح الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء بالتنسيق مع الوزارات والهيئات المعنية.

المرحلة الأولى من المبادرة: تشمل القرى ذات نسب الفقر من ٧٠٪ فيما أكثر: القرى الأكثر احتياجًا وتحتاج إلى تدخلات عاجلة.

المرحلة الثانية من المبادرة: القرى ذات نسب الفقر من ٥٠٪ إلى ٧٠٪: القرى الفقيرة التي تحتاج لتدخل ولكنها أقل صعوبة من المجموعة الأولى.

المرحلة الثالثة من المبادرة: القرى ذات نسب الفقر أقل من ٥٠٪: تحديات أقل لتجاوز الفقر.

كما تعمل على عدة محاور من خلال توفير سكن كريم وتوفير الخدمات الطبية والتعليمية والعمل على التمكين الاقتصادى....وغيرها تلك التى تسهم فى معالجة بعض المحددات الاجتماعية التى تمثل الأسباب الجذرية لعدم المساواة فى الصحة، حيث تشكل مبادرة حياة كريمة التى أطلقتها الدولة فرصة يجب استغلالها والعمل عليها جيدا والتقييم المرحلى لما تم تنفيذه منها حتى تتمكن من تحقيق الأهداف المرجوة[٣٣].

التوصيات

١- العمل على حوكمة النظام الصحى المصرى.

٢- العمل على معالجة المحددات الاجتماعية فى الصحة فى كل السياسات لتحسين الوضع الصحى والحد من التفاوتات الصحية بين الريف والحضر وبين الشرائح الاجتماعية المختلفة، وتبنى نهج الصحة فى جميع السياسات.

٣- العمل بالتوصيات التى تمت فى الحوار الوطنى بملف الصحة لإصلاح النظام الصحى وتحسين الوضع الصحى العام. ومن أهمها ضرورة تسريع وتيرة تطبيق منظومة التأمين الصحى الشامل من خلال التوسع العرضى فى نظام الرعاية الصحية الأولية على مستوى الجمهورية طبقًا للمعايير التشغيلية لهيئة الرعاية الصحية خلال مدة زمنية محددة تتراوح بين ٣ و ٥ سنوات كحد أقصى.

٤- العمل على بناء السياقات السياسية والاقتصادية والاجتماعية التى تسهم فى سد فجوات العدالة الاجتماعية فى الصحة، وهذا يتطلب توافر إرادة من الدولة ومجتمع مدنى قوى.

٥- زيادة الإنفاق على الصحة والالتزام بما حدده الدستور المصرى ٢٠١٤.

٦- دمج المبادرات الرئاسية للصحة فى وحدات الرعاية الأساسية، للوقاية من الأمراض والكشف المبكر عنها، حتى يتم التخفيف من الأعباء الاجتماعية والاقتصادية للمرض.

٧- دراسة التحديات التى ظهرت أثناء تطبيق نظام التأمين الصحى الشامل بمحافظات المرحلة الأولى، حتى يتم تلافيها مستقبلا بالمراحل الأخرى، لأنه إذا طبق هذا النظام كما ينبغى سيعمل تحولا إيجابيا كبيرا فى بنية النظام الصحى، فهو يعد أحد الأدوات التى يتم الاعتماد عليها لتعزيز العدالة الصحية.

٨- إجراء المسح الصحى كل ثلاث سنوات حتى يتم رصد مدى التقدم الذى تم تحقيقه، والعمل على الحد من التفاوتات التى يظهرها المسح.

الخاتمة

تحسين الحالة الصحية للمواطنين والاستثمار فى صحتهم ليست مسؤولية النظام الصحى وحده، ولكن تحتاج إلى تضافر كل الجهود وتبنى نهج الصحة فى جميع السياسات، حيث تتم إعادة صياغة العلاقة بين الرعاية الصحية والصحة العامة والمحددات الاجتماعية والبيئية للصحة..... وغيرها من المحددات التى إذا تم العمل عليها معا أدت إلى النتائج المرجوة فى الحد من عدم المساواة فى الصحة، والقضاء على تلك التفاوتات المتجذرة فى السياسات غير العادلة التى تؤسس لاستمرار البنى الاجتماعية التى تعيد إنتاج الفقر وتزيد من حجم الفئات المهمشة الأكثر عرضة للإصابة بالأمراض، وبالتالى تحد من قدرة هؤلاء الأفراد على التمتع بصحة جيدة أو حصولهم على الرعاية الصحية الملائمة ذات الجودة فى الوقت المناسب، لذلك يجب العمل

على تفكيك تلك البنى، وبناء سياسات من شأنها تعزيز العدالة، فى ظل سياقات ملائمة تتوافر فيها معايير الشفافية والمساءلة.... وغيرها من المعايير حتى يتمتع الجميع بالمساواة فى الوصول إلى الموارد والفرص الصحية، فى إطار توزيع عادل لتلك الموارد بناء على احتياجاتهم، ودون تمييز بسبب النوع أو الدين أو الحالة الاقتصادية والاجتماعية أو الموقع الجعرافى أو أى شكل من أشكال التمييز الأخرى.

المراجع

١-أمارتيا سن، التنمية حرية، ت/ شوقى جلال، الكويت: عالم المعرفة، ٢٠٠٤، ص ١٧٧.

٢-تقرير التنمية البشرية فى مصر ٢٠٢١، التنمية حق للجميع: مصر المسيرة والمسار، ص ٣٤.

٣-التقرير الختامى للجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة، تضييق الفجوة فى غضون جيل واحد: العدالة والإنصاف فى المجال الصحى بفضل اتخاذ إجراءات حول المحددات الاجتماعية للصحة، منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٨، ص ١٠.

٤-أنتونى جيدنز، الطريق الثالث: تجديد الديمقراطية الاجتماعية، ت/ أحمد زايد، محمد محى الدين، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٠١٠، ص ١٤٩.

٥-علاء غنام وآخرون، تقرير العدالة الاجتماعية والصحة فى مصر، القاهرة: المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، ٢٠١٨، ص ٥.

6- https://www.arabstates.undp.org/content/rbas/ar/home/sustainable-development-goals.html

٧-المرجع السابق

8- https://www.un.org

٩-نادية جمال الدين زكى، المسح الاجتماعى الشامل المرحلة الثانية (مجلد الصحة) ١٩٨٠-٢٠١٠ ، القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ٢٠١٥، ص ٦

10- www.who.int

11- F.J. Zimmerman, A robust health equity metric, The Royal Society for Public Health. Published by Elsevier, 2019, https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.pp69.

١٢-جون رولز، العدالة كإنصاف: إعادة صياغة، ت/ حيدر حاج إسماعيل، بيروت: المنظمة العربية للترجمة ،٢٠٠٩، ص ٤٩.

13- Vivian A. Welch and others, GRADE equity guidelines: considering health equity in GRADE guideline development: introduction and rationale, journal of clinical epidemiology, VOLUME90 OCTOBER01, 2017, P 59DOI :https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.01.014

١٤-تقرير اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة، منظمة الصحة العالمية، جمعية الصحة العالمية الثانية والستون ج٦٢/٩ البند ١٢-٥ من جدول الأعمال المؤقت، ٢٠٠٩ ص ٢.

١٥-عماد عبد المقصود، الوضع الصحى فى المجتمع المصرى، فى: التقرير الاجتماعى المصرى، المجلد الثالث، القاهرة، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ٢٠١٣، ص ٣٥.

١٦-هبة جمال الدين (محررًا)، عماد شلبى (باحث رئيسى)، استطلاع رأى عينة من الجمهور العام حول منظومة الرعاية الصحية فى مصر، القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ٢٠١٩.

١٧-المرجع السابق، ص: ٧٧.

١٨-تقرير التنمية البشرية فى مصر ٢٠٢١، مرجع سابق، ص ٥٠.

١٩-المسح الصحى للأسرة المصرية ٢٠٢١، القاهرة، الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء، ديسمبر ٢٠٢٢.

٢٠-هبة جمال الدين (محررًا)، عماد شلبى (باحث رئيس)، استطلاع رأى عينة من الجمهور العام حول منظومة الرعاية الصحية فى مصر، مرجع سابق، ص ص ٨٦-٨٧.

٢١-المرجع السابق، ص ١٢٩.

٢٢-البنك الدولى، دعم نظام التأمين الصحى الشامل فى مصر، وثيقة معلومات المشروع مرحلة تحديد المفاهيم تاريخ الإعداد/ التحديث: ١٢ نوفمبر ٢٠١٩، http://www.worldbank.org/project

٢٣- إباء القلماوى وآخرون، موجز سياسات ٣٠ الاحتفاظ بعاملى الرعاية الصحية فى مصر: تحسين بيئة العمل، ملتقى السياسات العامة، الجامعة الأمريكية بالقاهرة، يونيو ٢٠٢١، ص ٢.

٢٤-نادية جمال الدين زكى، النظام الصحى فى مصر، فى: المسح الاجتماعى الشامل المرحلة الثانية ١٩٨٠- ٢٠١٠- مجلد الصحة، القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ص ١٠٩-١١٠.

٢٥-علاء غنام، قراءة تحليلية فى سياسة الحكومة الصحية، مجلة الديموقراطية، مج١٧، عدد٦٦، القاهرة: مؤسسة الأهرام، ٢٠١٧، ص١٤٢.

٢٦-البنك الدولى، دعم نظام التأمين الصحى الشامل فى مصر، مرجع سابق، http://www.worldbank.org/projects

27- https://www.cbe.org.eg/ar/news

28- https://www.100millionseha.eg/main/about

٢٩-سمير فياض، الصحة فى مصر، مرجع سابق، ص ٢٨٧.

30- https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care

٣١-دستور جمهورية مصر العربية ٢٠١٤.

٣٢-علاء غنام، الحماية الصحية التأمينية والعمالة غير المنتظمة، جريدة الشروق، ٢٠١٩/٥/٢٤.

33- https://www.hayakarima.com/index.html.

Abstract

Health Eguity in Egypt: Challenges and Confrontation

Hasnaa Salama Ahmed

The research aimed to identify health equity and its determinants, as well as health equity gaps in Egyptian society, by analyzing the most important health indicators and monitoring disparities and inequalities in health outcomes, those that constitute fundamental issues in the field of equity, human rights and achieving sustainable development. The research also presented the challenges facing the Egyptian health system and the efforts made by the state to reduce these disparities and promote health equity. It was concluded that improving the health status of citizens and investing in their health is not the responsibility of the health system alone, but requires the concerted efforts of all to eliminate those disparities rooted in unfair policies that establish the continuation of social structures, reproduce poverty, and increase the size of vulnerable groups. Therefore, we must work to dismantle these structures and build policies that enhance justice. So that everyone enjoys equal access to health resources and opportunities, within the framework of a fair distribution of those resources.

Keywords: Health Equity, Health disparities, Comprehensive Insurance, Health Indicators.